Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 30 de Outubro de 1909

PARA SER

PERANTE A MESMA PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

Jayme Pereira de Souza Lima

Natural de Pernambuco

AFIM DE OBTER O GRAO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

Das indicações e applicações do forceps

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

Typographia e Encadernação do Lyceu de Artes

Prudencio de Carvalho, director

Premiado com Medalha de Ouro na Exposição Nacional de 1908

1909

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR —Dr. AUGUSTO CESAR VIANNA

VICE-DIRECTOR —Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histologia.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e physiologia patholog cas.
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Josino Correia Cotias	Medicina legal e toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
	5.ª SECÇÃO
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira.
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R Vianna	Pathologia medica.
. . . .	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica, 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica, 2.ª cadeira.
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, pharmacologia e arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphia
	12. SECÇÃO
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª »
Julio Sergio Palma	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Caio Octavio F. de Moura	5.ª »
João Americo Garcez Fróes	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.ª »
J. Adeodato de Sousa	8.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Albino A. da Silva Leitão	11. »
Mario C. da Silva Leal	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

HISTORICO

O forceps constitue um dos maiores progressos na arte obstetrica. Outr'ora os parteiros para salvarem uma mulher em trabalho de parto só tinham um gancho, cuja introducção no craneo do feto produzia a morte, sem que entretanto tornasse possivel a extracção.

Delore o chama o bisturi dos parteiros e a seu respeito assim se expressa: «Instrument eminemment conservateur, le forceps repondait á une besoin reel; aussi sa vulgarisation fut elle l'evenement obstetricale le plus considerable du siecle dernier.»

Depois da introducção do forceps na pratica obstetrica, os riscos e perigos, que corriam mãe e filho, desappareceram em grande parte e, se bem que hoje tenhamos de sacrificar algumas vezes a creança para salvarmos a vida materna, comtudo os casos deste genero são em muito menor numero desde a introducção deste instrumento.

O forceps só foi conhecido depois de 1716, porem é corrente que a gloria desta invenção coube ao Dr. Paulo Chamberlen pae de Hugo e Pedro Chamberlen, que publicou em 1674 uma brochura onde falava de um meio secreto usado por seu pae para salvar a vida do feto. Antes porem, em 1670, Hugo Chamberlen de posse do invento de seu pae, levado pelos successos que havia colhido, resolveu fazer uma

viagem á Paris afim de vender seu segredo por 10:000 escudos ao primeiro medico de Luiz XIV; e como elle julgasse applicavel a todos os casos e ainda mais, para julgar do valor do instrumento, foi levado á presença de uma mulher que se achava ha 8 dias em trabalho de parto devido a um estreitamento da bacia e para o qual, Mauriceau julgara indispensavel a operação cesariana.

Hugo Chamberlen prometteu extrahir o feto em menos de um quarto d'hora, qualquer que fosse a difficuldade que podesse encontrar; trabalhou porem inutilmentedurante tres horas e abandonou em seguida a mulher que veio a fallecer 24 horas depois. Contrariado com tal successo voltou, continuando a servir-se do seu instrumento sem revelar o segredo. Passou depois á Hollanda em 1693 e vendeu alguns dos seus instrumentos a diversos parteiros como Roonhuyisen e Ruysch, que guardaram o segredo porque o forceps descripto pelo primeiro destes auctores em nada se assemelhava ao forceps de Chamberlen.

Emfim em 1716 pouco mais ou menos, os principios de Chamberlen foram conhecidos, porque o Dr. Johnson descreveu um forceps pertencente ao parteiro Drinkwater, morto em 1728; e em 1733, Dr. Chapman descreveu o instrumento de que se servia Chamberlen, sem referir todavia como adquirira o segredo.

O acaso porem, permittiu que em 1818 fosse descoberto o instrumento usado pelo familia Chamberlen.

A casa em que morava Pedro Chamberlen foi

vendida em 1715 á Guilherme Alexandre, negociante de vinho do condado de Essex e em um dos quartos foi encontrado um armario contendo differentes objectos, entre os quaes existia uma especie de pinça composta de dois ramos eguaes, articulados no centro e tendo as extremidades anteriores curvadas no sentido de sua face interna e as posteriores rectas e dispostas como nas tesouras.

Antes d'esta descoberta, depois da qual nenhuma duvida ficou sobre o inventor do forceps, era Palfin parteiro de Gand, quem passava por tel-o imaginado mas hoje está reconhecido, que o instrumento apresentado por Palfin é muito differente do forceps e fôra por elle concebido sobre noções inexactas adquiridas em diversas viagens, que fizera á Inglaterra e Allemanha para descobrir o segredo de Chamberlen.

O forceps de Chamberlen espalhou-se pouco a pouco e se bem que cada parteiro quizesse modifical-o á suas conveniencias, varias destas modificações não attingiram seu fim.

O forceps de Chamberlen, apresentando apenas uma curvatura no sentido de sua face interna, era de uso difficil e perigoso nos casos em que a cabeça se achava acima do estreito superior, e deste modo, para tornal-o mais util, Levret na França e Smellie na Inglaterra, tiveram quasi que ao mesmo tempo a ideia de dar ao forceps uma outra curvatura no sentido de seus bordos de modo a poder adaptal-o a curvatura do canal pelvico.

Os forceps de Levret e Smellie tambem por sua vez têm experimentado modificações, se bem que, possam ser consideradas como insignificantes e pouco felizes.

Elles curvaram o forceps sobre o seu grande eixo de modo que seu bordo anterior offerece uma concavidade virada para deante e o posterior uma convexidade virada paia atraz.

Aveling reclama a prioridade desta modificação para Benjamin Pugh, cirurgião de Chelmsford, que desde 1740 mandou fazer forceps curvos. Pugh, não só curvara o forceps, como tambem servira-se delle muitas vezes no estreito superior.

Clintock tambem reclama os direitos de prioridade á Pugh.

O forceps de Chamberlen era recto e portanto somente applicavel, quando a cabeça insinuada na excavação se approximava do perineo. Pela modificação de Levret e Smellie, a forma do instrumento se accommoda a forma e direcção da bacia, augmentando assim o campo de sua applicação, permittindo ir buscar uma cabeça acima do estreito superior.

Levret, quando modificou o forceps, teve em vista porem, poupar o perineo e tornou-o mais conveniente e efficaz, quando a cabeça estivesse em posição occipito posterior.

Somente em 1776, dois annos antes da morte de Levret, foi que elle testemunhou uma applicação do seu forceps no estreito superior feita por Coutouly; o que viu com grande satisfação, pois até então duvidara que isto fosse possivel. A descoberta de Levret foi pois em suas mãos um diamante bruto ao qual Smellie deu todo o brilho, porque foi elle quem primeiro levou o instrumento acima do estreito superior; e o fez com uma prudencia e reserva, que muito raramente se encontram na applicação das cousas novas (Joulin).

Indicações do forceps

D'ENTRE os accidentes que nos occorre em um trabalho do parto, o que mais devemos temer pela sua frequencia e tambem por ser um dos mais graves é sem duvida, a hemorrhagia uterina. Assim pois, quando nos virmos deante de um caso d'esta natureza, impondo a terminação rapida do parto, é nosso dever intervir.

As indicações para a intervenção deduzem-se principalmente da elevação da cabeça e da abundancia da hemorrhagia.

E' corrente que, quando a cabeça se acha acima do estreito superior, que o collo ainda se acha dilatavel, ou por outra, que as condições da versão se apresentam, deva-se preferir esta manobra, que tem a vantagem de abreviar a extracção e de permittir a retracção mais prompta do utero.

Quando porem, a cabeça já tem transposto o orificio, quando já tem descido para a excavação; só a applicação do forceps pode terminar o trabalho.

ECLAMPSIA — Este accidente pode se manifestar durante o curso da gravidez, durante o trabalho do parto ou depois do delivramento, sendo porem mais frequente durante o trabalho do que em qualquer outro periodo e muito rara nos primeiros mezes da gestação. Seu prognostico é grave, quer para a parturiente quer para o feto, que succumbe quasi sempre,

quer devido ás perturbações da circulação utero-placentaria, quer as convulsões de que pode ser atacado na cavidade uterina.

Tem se visto occasiões em que os accessos de eclampsia desapparecem logo após o parto e isto fez crêr a alguns parteiros que a depleção do utero era uma condição favoravel para a cura deste accidente; pelo que propuzeram extrahir o feto quando a eclampsia sobreviesse em uma mulher antes do começo do trabalho.

Dois meios foram aconselhados para este fim: a introducção forçada da mão e o desbridamento do collo. Dubois repelle esta tentativa e como elle julgamos que a expectação é a conducta a seguir. Se porem o trabalho estiver começado, o orificio sufficientemente dilatado, se os ruidos do coração fetal nos indicarem soffrimento da parte do feto ou se a vida da parturiente estiver gravemente compromettida pela frequencia e intensidade dos accessos, devemos praticar algumas incisões sobre o collo e terminar o parto por uma applicação de forceps.

Inercia uterina—Chegada que seja á cabeça ao perineo e não tendo tendencia de transpor a vulva, o emprego do forceps é indicado: porem, muitas vezes, ha n'estes casos a falta ou insufficiencia das contracções uterinas e assim temos uma dupla indicação: inercia uterina e resistencia do perineo.

Se no fim de hora e meia á duas ella não tem progredido, nós devemos terminar o parto por uma applicação de forceps. Esperar mais tempo, diz o professor Charpentier, nos parece uma falta, pois a cabeça assim detida comprime as partes molles, ex-

pondo-as deste modo á gangrena, á esphacela, cujas consequencias seriam, alem das probabilidades maiores de accidentes puerperaes, fistulas vesicaes, rectaes, etc. Agir mais depressa, diz ainda Charpentier, nos parece inutil, porque não é raro ver as contracções diminuidas ou enfraquecidas durante um certo tempo, recomeçarem com uma nova intensidade e expulsarem uma cabeça detida por muito tempo pelas partes molles.

Pensamos porem de modo diverso, e este é egualmente o pensar do nosso sabio mestre o Dr. Climerio de Oliveira; achamos que a expectação é ainda a conducta a seguir e sempre que a vida da parturiente ou a do feto não perigar, nós devemos esperar e nunca nos decidir por uma intervenção, que sem indicação formal seria necessariamente de resultados desagradaveis. Se porem, a vida da mulher perigar, se os ruidos do coração fetal nos indicarem soffrimento para o lado do feto, nós devemos intervir terminando o parto por uma applicação de forceps.

Não havendo indicação o parteiro não deve absolutamente intervir, ainda que, assim procedendo, tenha que resistir aos rogos da parturiente e circumstantes.

A inercia uterina tem causas numerosas e as mais das vezes dependentes do estado geral da mulher; assim é ella devida:

a) á um estado plethorico e a sangria neste caso é de grande utilidade.

b) á fraqueza geral que se denuncia pela lentidão com que se faz a dilatação do collo e pela duração prolongada do trabalho. Esta condição é rara porque a depressão das forças do organismo tem pouca in-

fluencia sobre as contracções uterinas; contudo nestes casos recorreriamos aos tonicos e estimulantes.

c) á distenção muito grande do utero, devida, quer a um hydramnio quer á uma prenhez dupla.

d) ás emoções moraes, sendo esta a principal dellas, pois é muito frequente ver-se mulheres, que em começo de trabalho, apoderam-se de uma contrariedade, recebem uma noticia desagradavel, ou mesmo vêem junto a si pessoas, cuja presença lhe é incommoda e cujas contracções uterinas vão pouco a pouco diminuindo até cessarem quasi por completo.

O cuidado do parteiro neste caso é procurar afastar esta causa e, em seguida, despertar as contracções por todos os meios ordinarios.

Quanto a esta ultima causa tivemos o ensejo de pessoalmente apreciar um caso no Hospital Santa Izabel. Tratava-se de uma mulher cujo parto já se achava em começo de trabalho, achando-se o orificio um pouco dilatado e roto o sacco das aguas. Esta mulher procurava ter o parto na latrina para evitar a presença dos alumnos; sendo porem surprehendida, foi tocada e levada para a mesa com alguma reluctancia.

A marcha do trabalho já em inicio como dissemos, as contracções uterinas se succedendo regularmente, tudo nos annunciava que o parto dar-se-ia com pouca demora attendendo ainda mais á cabeça já ter executado a sua rotação e achar-se em O P.

Acontece porem, que as contracções uterinas começaram a se succeder com maior intervallo e chegaram mesmo a desapparecer quasi por completo; e emquanto procuravamos animal-a por todos os meios

para que consentisse em se fazer uma applicação de forceps, que neste caso era indicado pelo facto de perigar a vida do feto, nada disto a demovia do seu proposito de, como chegou mesmo a dizer á collegas que se achavam mais proximos, «não parir emquanto tivesse gente alli».

Por fim baldados todos os esforços, retiramo-nos para almoçar no intuito de voltarmos depois. Acontece porem, que na nossa ausencia, vendo-se a parturiente livre de nossa presença, as contracções uterinas voltam com mais ou menos alguma intensidade e o parto teve logar o mais naturalmente possivel; sendo apenas assistido por dois ou tres collegas que penetraram na sala na occasião opportuna.

Vemos por consequencia que, sempre que todos os meios empregados para despertar as contracções forem inuteis, e que os ruidos do coração fetal indicarem soffrimento da parte do feto é necessario intervir para operar a sua extracção e evitar assim os accidentes que poderiam comprometter a saude, a vida da parturiente ou a do feto.

Quando a inercia sobrevier no primeiro periodo, e que necessitar a extracção do feto, o parteiro recorrerá a versão ou ao forceps, e no segundo periodo recorrerá ao forceps.

Ausencia de rotação — Neste caso é preciso esperar tanto quanto seja possivel, porem se no fim de hora e meia á duas a cabeça já tendo transposto o orificio, fica immovel sem tendencia á executar seu movimento de rotação: é preciso intervir fazendo executar artificialmente este movimento. Tratando-se

de uma apresentação da face é preciso agir mais depressa para evitar que o encravamento muito pronunciado do mento venha complicar a situação.

Neste caso, como em todos os outros, é preciso auscultar de vez em quando o coração do feto para que se intervenha mais rapidamente quando as perturbações da circulação fetal indicarem soffrimento para o lado do feto.

O forceps é ainda indicado sempre que haja perturbação da circulação feto-placentaria. Esta perturbação se traduz de dois modos que têm uma importancia diversa. Sob a influencia da asphyxia, o sphincter anal do feto se relacha e ha evacuação prematura de meconio, que se mistura com o liquido amniotico corando-o; porem este signal só tem valor, quando a coloração esverdinhada se apresenta no curso do periodo de expulsão, porquanto uma compressão passageira do cordão pode tel-a occasionado desde o começo do trabalho.

O melhor meio de conhecer-se o estado de soffrimento do feto é praticando-se a auscultação.

Ha casos em que os ruidos são perturbados em certos intervallos; o feto soffre, porem de um modo intermittente.

A rotação artificial pode tambem em alguns casos ser feita unicamente com o auxilio da mão.

Estreitamentos da bacia. — No grupo das dystocias maternas, são necessariamente os estreitamentos pelvianos a causa que mais perfeito conhecimento exige do parteiro, porquanto delle depende a indicação e muito mais ainda o exito da intervenção. De todos os obstaculos á expulsão expontanea do feto,

são elles os que mais se oppõem e que por consequencia apresentam maior gravidade.

As difficuldades, que se observam nestes casos, variam com os diversos gráos de estreitamento e para aprecial-as, procuremos estudal-os. Para isto devemos estudar os differentes diametros da bacia.

Estreito superior — Consideram-se no estreito superior da bacia 5 diametros que são: 1.° *antero-posterior* ou *promonto-supra-pubiano* medindo 11 centimetros; 2.° *promonto-pubiano minimo* ou *conjugado verdadeiro obstetríco*, ainda chamado *diametro util de Pinard*, que mede 10 ½ centimetros; 3.° um diametro *transverso maximo* medindo 13 ½ centimetros, havendo ainda um *transverso minimo* ou *mediano* ou ainda *transverso util dos parteiros* medindo 128 millimetros; 4.° e 5.°—dois diametros *obliquos* medindo cada um 13 centimetros.

Diametros da excavação — São 5 os diametros da excavação segundo Charpentier: 1.° um *antero-posterior*, de 12 centimetros; 2.° um *transverso*, tambem egual a 12 centimetros; 3.° um *bi-ischiatico*, com 10 ½ centimetros e finalmente 2 *obliquos* de extensão egual aos dois primeiros.

Estreito inferior — São geralmente considerados 4 diametros no estreito inferior: 1.° o diametro *antero-posterior* ou *coccyx-sub-pubiano* medindo 9 centimetros no estado estatico; no estado dynamico, porem, durante a passagem da cabeça fetal, este diametro cresce consideravelmente: 1.° devido ao movimento de nutação do sacro, 2.° pela retrocessão do coccyx e pode nestas condições attingir 12 e meio centimetros; exceptuando os casos de ankylose sacro-

coccygianas em que o diametro ficá mais ou menos invariavel; 2.° o diametro *transverso* ou *bi-ischiatico* de comprimento egual á 12 ½ centimetros mais ou menos; 3.° e 4.° os dois diametros obliquos medindo cada um 12 centimetros; sendo porem susceptiveis de augmento pela repulsão dos ligamentos sacro-sciaticos.

Uma vez conhecidos as differentes diametros de uma bacia bem conformada, passemos a estudar as indicações do forceps nos differentes casos de estreitamentos pelvianos, estendendo-nos um pouco sobre algumas considerações relativas ao emprego do forceps no estreito superior.

Para bem conhecer as difficuldades que se podem apresentar n'um caso de estreitamento da bacia, é não somente preciso ter-se pleno conhecimento do estreitamento; o que se consegue pela pelvimetria, como tambem seria util conhecer o gráo de resistencia e o volume da cabeça do feto.

E' claro, que n'um estreitamento medio, o encravamento se fará com tanto mais facilidade, quanto menor for o volume do feto e maior a reductibilidade dos diametros da cabeça.

Acontece porem, que o mais das vezes, este conhecimento nos escapa; e se agora, a estas difficuldades juntar-se o desconhecimento da epocha da prenhez, de muito maior incerteza é muitas vezes prever qual seja a terminação do parto em certos casos de estreitamentos da bacia.

Apreciando as indicações que apresentam os vicios de conformação e tambem quanto ao prognostico

observaremos a divisão estabelecida por Dubois em sua these de concurso em 3 classes:

1.ª classe — Bacias cujo estreitamento em qualquer ponto que exista, deixa ainda n'este ponto um espaço de 9 ½ centimetros em todos os sentidos.

2.ª classe — Bacias, cujo estreitamento deixará somente no ponto do canal que occupa uma passagem da qual um ou muitos dos diametros terão 9 ½ centimetros de extensão no maximo e 6 no minimo.

3.ª classe — Bacias, cujo estreitamento é de tal ordem que a dimensão do espaço restante está abaixo de 6 ½ centimetros.

No primeiro caso, o parto espontaneo algumas vezes facil, outras penoso, pode e deve ser esperado.

No segundo, o estreitamento do canal que o feto deve transpor é bem consideravel para que a expulsão natural seja possivel; geralmente as contracções uterinas não são ajudadas se a cabeça do feto adquiriu e conserva todo o desenvolvimento que deve ter no termo da vida intrauterina, e se por outro lado, a bacia deformada conserva suas dimensões anormaes.

No terceiro, a desproporção de volume de um lado; e de capacidade de outro, são taes, que nem a expulsão nem a extracção da cabeça, devem ser esperadas.

Dubois admittiu uma sub-divisão nesta terceira classe de estreitamentos:

a) bacias que offerecem no minimo 54 millimetros.

b) bacias cujo estreitamento está abaixo desta medida.

Quando a bacia apresenta menos de 54 millimetros de extensão em seu menor diametro, Dubois e

muitos parteiros francezes admittem que a cezariana seja nestes casos o unico recurso a empregar.

Pajôt reconhece as difficuldades apresentadas pelas tentativas para terminar artificialmente um parto nestas circumstancias pelas vias naturaes, mas entretanto, acredita que este limite pode ser fixado abaixo de 54 millimetros.

Elle chegou realmente com auxilio de um processo a que chamou a cephalotripsia repetida, a terminar partos nos casos em que a bacia apresentava um estreitamento abaixo de 5 centimetros e evitar assim a operação cezariana. Em sua obra elle assim se expressa:

«Au-dessous de 6 centimetres et demi, et jusqu'à 27 millimetres, et non pas jusqu'à 5 centimetres, comme on me l'a fait dire par erreur, car ma dernier limite est celle à laquelle le cephalotribe ne peut plus être introduit, je conseille de commencer dès que l'orifice est assez dilaté pour permettre le passage de l'instrument, ou même de pratiquer la perfuration du crane avant la dilatation complete, et pour la faciliter, car tous les accoucheurs savent combien la dilatation est souvent lente dans les retrissements excessifs.»

Deixemos porem de parte estas considerações e passemos a ver o que se deve fazer quando a bacia apresenta 9 1/2 centimetros em seu menor diametro.

Nestas condições o parto expontaneo é possivel e nós devemos esperar, abandonando a expulsão do feto aos esforços da natureza; mas somente emquanto não houver perturbação alguma para o lado da parturiente ou do feto e que indique uma inter-

venção. Porem, quando a cabeça se acha no estreito superior, não precisa esperar mais de 5 ou 6 horas depois da ruptura das membranas e da dilatação completa do orificio. Nestes casos recorrer-se-á á uma applicação de forceps de accordo com as regras que a presidem, e que estudaremos depois.

Em razão porem, dos perigos que fazem correr á parturiente e ao feto: as applicações de forceps no estreito superior tendem a ser abandonadas; ellas são de uma execução muitas vezes difficil e de um prognostico particularmente severo. Demelin assim se expressa a este respeito: — «A applicação do forceps no estreito superior deve ser rara; é uma operação não de escolha, mas de necessidade.

Ella é indicada: 1.° Quando a bacia é normal, a dilatação sendo tornada expontaneamente completa, em certes casos em que a creança soffre e em que a reducção do cordão é insufficiente ou irrealisavel e tambem em algumas outras circumstancias como attitude defeituosa da cabeça, cordão muito curto, etc.

2.° Quando a bacia é moderadamente estreitada (P S P $\geq$ 10) a dilatação sendo tornada espontaneamente completa, quando a cabeça se tornando fixa, o trabalho não avança; quando nas mesmas condições, a cabeça é movel e que a cezariana ou a pelvitomia tendo sido afastadas provisoriamente ou definitivamente por uma razão ou outra, a versão foi julgada impossivel ou perigosa; quando, nas mesmas condições ainda, a creança soffrendo, os diversas meios em uso contra a compressão do cordão são irrealizaveis ou sem effeito.»

Inutil, diz ainda Demelin, insistir sobre as lesões

produzidas. Na creança é sobretudo a hemorrhagia meningéa: de um prognostico sempre muito severo, ella é susceptivel as vezes de cura, completa ou não, e então seguida de perturbações permanentes do systema nervoso.

Quantas paresias, paralysias, e atrophias dos membros, scleroses cerebraes, tics, nystagmus, surdezes congenitas, etc.; imputaveis a estes derramamentos intracraneanos!

E' tambem o encravamento e as fracturas das escamas osseas que recobrem o encephalo, sem prejuizo dos accidentes menos graves, mas não sem importancia, taes como paralysias faciaes, hemorrhagias oculares ou sub-conjunctivaes, hematomas do sterno-mastoideo etc. Na mãe, é principalmente a rasgadura do segmento inferior e a arthroclasia pubiana, independentemente das fendas cervicaes, vaginaes, perineaes, dos hematomas da pequena bacia, peri-vaginaes ou sub-periosteos, etc. Tem-se tomado o habito, depois do periodo asepto-antisepico, de não temer mais as complicações infecciosas e é um erro.

Sem duvida, ellas são menos communs que outr'ora, mas porque eliminal-as á proposito do forceps — ou da versão — quando se sabe tão bem invocal-as na operação cezariana ou na pelvitomia?

Eu não creio exagerar muito dizendo que a mortalidade materna é de 3 á 4 por cento na applicação do forceps no estreito superior mais ou menos estreitado. (Demelin).

Nas apresentações da extremidade pelvica a conducta tambem a observar é a expectação, porem, se depois da expulsão do tronco, a cabeça tarde muito a

se desprender, depois de ter experimentado tracções moderadas e methodicas sobre os membros inferiores e o tronco recorrer-se-á ao forceps ou a manobra de Mauriceau.

Quando porem se tratar de uma apresentação da face ou do tronco, procurar-se-á convertel-as n'uma apresentação do vertice e esperar pala expulsão expontanea ou então, no caso de grandes difficuldades, fazer-se a versão pelviana.

Vejamos agora o que devemos fazer quando a bacia apresentar 9 ½ centimetros em seu maior diametro e 6 ½ no menor. Aqui estabeleceremos como Dubois, uma sub-divisão nesta classe media de estreitamentos: Ou a bacia mede 9 ½ no maximo e 8 no minimo, ou 8 no maximo e 6 ½ no minimo. No primeiro caso se o feto está vivo, deve-se esperar algumas horas após a dilatação do orificio e quando se tiver verificado a impotencia das contracções uterinas faz-se uma applicação de forceps.

No segundo caso, quando a bacia apresenta um estreitamento de 8 centimetros no maximo e 6 ½ no minimo, o parto natural será quasi sempre impossivel para um feto normalmente desenvolvido.

Em todos estes casos de estreitamentos da bacia muitos parteiros pensam que a versão é preferivel ao forceps.

Simpson diz que: acredita que a versão seja mais facil para a extracção do feto atravez das bacias estreitadas, porque a cabeça do feto tendo a forma conica, o seu vertice sendo representado pelo diametro bi-mastoideo e a base pelo diametro bi-parietal, ella passará atravez da bacia com menos difficuldade se

o primeiro diametro estiver em relação com a parte estreitada do canal pelviano, do que se fosse o segundo que se apresentasse.

Segundo Simpson, a versão é tanto mais util, quanto se põe em contacto a parte estreitada da bacia com o menor diametro de cabeça do feto, ou o diametro bimastoideo que tem 7 centimetros; como a cabeça pode ficar em flexão, o diametro bitemporal se accommodará em seguida ao estreitamento, reclamará menor esforço para sua passagem que o biparietal, cuja extensão é maior e poderá ficar em relação com a parte mais larga da bacia. Assim, a reducção dos diametros da cabeça do feto iria diminuindo, e se fosse preciso esforços de tracção mais energicos para a sahida desta parte, o tronco offereceria muita resistencia e a depressão dos ossos do craneo poderia attingir um grão elevado, sem que a vida do feto fosse compromettida pois a compressão lateral ou transversal seria feita parallelamente ás fibras e aos vasos do cerebro.

Esta compressão lateral pode dar lugar a desordens, porem, menos consideraveis que as resultantes da compressão exercida no sentido longitudinal. Elle acredita finalmente que a versão não expõe a compressão do cordão umbellical, que é menos perigosa para a mulher que a craneotomia e que occasiona menos desordens sobre os orgãos sexuaes que esta operação e que a extracção com auxilio do forceps.

Muito tempo antes de Simpson, já madame Lachapelle na França, procurava demonstrar que nos estreitamentos da bacia, quando a parte apresentada podesse ser elevada acima do estreito superior, ou

quando se encontrasse fluctuante, a versão devia ser preferida ao forceps devido á facilidade com que se podia dirigir a cabeça do feto no sentido transverso para fazer passar os menores diametros relativamente com a parte estreitada do canal pelviano e porque se podesse por este meio praticar as tracções n'um sentido mais conveniente do que pelo forceps cuja applicação seria difficil, retardada e perigosa.

Impressionado por estes resultados de Madame Lachapelle e pelos trabalhos de Simpson, Cazeaux modificou as ideias que tinha a este respeito e aconselhou a versão de preferencia ao forceps para os estreitamentos de 7 á 8 centímetros no diametro sacro pubiano, em todas as posições directamente antero-posteriores, nas posições inclinadas e irregulares do craneo, nas apresentações da face e do tronco e nos estreitamentos do estreito inferior na proximidade dos ramos da arcada pubiana.

Joulin, estudando esta questão, é de parecer que os dados apresentados por madame Lachapelle, peccam por sua inexactidão e não têm a precisão necessaria para estabelecer de um modo definitivo a preferencia da versão sobre a applicação do forceps.

Depois de uma serie de considerações, termina dizendo que, para os estreitamentos da bacia, o forceps deve ser preferido á versão, todas as vezes que poder ser applicado, excepto somente nos casos de vicio de conformação obliquo-ovalar, em que o occiput corresponde á parte mais estreitada do canal pelviano.

Somos porem do parecer de Saboia, que diz: «Seria cousa muito difficil indicar regras absolutas e in-

variaveis, que sirvam de preceito infallivel ao pratico para a solução de uma questão tão delicada.»

O que deve fazer o pratico, é ter pleno conhecimento das intervenções, saber diagnosticar bem, para agir segundo as indicações, observando o principio que domina toda a obstetricia e que diz:

«Tant que les phenomenes d'un accouchement (contractions, dilatation, mouvements mecaniques du fœtus, etc.) se succêdent regulierement, quelle que soit leur lenteur, et qu'il n'y a d'accidents reconnaissables ni du côté de la mère, ni du côte de l'enfant, le devoir de l'accoucheur, c'est la patience. On ne doit jamais intervir sans une indication formelle.

Mais, dès que cette indication se presente, il faut la remplir sans temporisation, n'oubliant pas que, dans les accouchements, tel mode d'intervention qui sauverá les deux êtres, est facile actuellement et deviendra, dans quelques heures, inefficace, dangereuse ou impossible.»

ANOMALIAS NO MECANISMO DO PARTO NATURAL — As differentes posições do vertice, da face e do pelvis são todas accessiveis de anomalias. Em muitos casos apresenta-se uma difficuldade em começo do trabalho e desapparece nos outros tempos ou expontaneamente ou por manobras; acontece porem que, muitas vezes ellas persistem, tornando nestas condições o parto difficil, laborioso e muitas vezes impossivel. N'estes casos, precisamos intervir auxiliando as forças da parturiente ou a expulsão do feto. Estudemos assim as difficuldades que se podem observar nas apresentações do craneo e da face.

Apresentação do craneo. — No primeiro tempo do parto as anomalias são apenas por exagero ou insufficiencia de flexão, anomalias estas, que constituem para os parteiros allemães as apresentações frontaes e occipitaes, porem, ordinariamente tudo se limita á um retardamento do trabalho e n'este caso se a contracção uterina for impotente, uma ligeira applicação de forceps resolverá o caso.

Acontece algumas vezes que a cabeça experimenta certas difficuldades em effectuar sua rotação e o parto se prolonga muito; qualquer que seja a causa d'este obstaculo, a applicação do forceps é necessaria quando as contracções uterinas forem insufficientes para expulsar o feto.

Ha casos porem, em que uma simples intervenção manual, ajudando a rotação resolve o caso.

Nas posições occipito-illiacas posteriores, o trabalho do parto é muitas vezes penoso e sua duração muito prolongada necessita algumas vezes a intervenção da arte. N'estas posições, o occiput se dirige para a concavidade do sacro e o desprendimento expontaneo se faz por um movimento de fluxão exagerado da cabeça que permitte ao occiput percorrer toda a face anterior do sacro e a gotteira perineal para vir se desprender na commissura posterior da vulva.

Um movimento tão extenso, necessitando de esforços violentos e contracções uterinas energicas, constitue um obstaculo serio á terminação do parto. A applicação do forceps é muitas vezes o unico recurso.

Apresentação da face. — As anomalias que se

observam na apresentação da face são, quando ella offerece no centro da excavação pelviana, o mento, a região malar ou frontal; anomalias estas que levaram os antigos parteiros a considerar outras tantas apresentações.

As irregularidades no mecanismo do parto n'esta apresentação se corrigem logo após o começo do trabalho, de modo que a extensão se executa e o parto pode terminar-se naturalmente; mas occasiões ha, em que estes vicios não se modificam, sobretudo quando o mento occupa o centro da excavação, porque, n'estes casos, o tronco tende a descer ao mesmo tempo que a face e d'este modo nós devemos; ou introduzir a mão no utero e corrigir as posições viciosas, ou applicar o forceps ou a versão segundo as condições que se apresentem.

Assim, quando a face estiver profundamente encravada, é ao forceps que nós devemos recorrer; se ao contrario estiver elevada e gozando de alguma mobilidade, a versão será o meio que devemos empregar e isto tanto mais ousadamente quanto tivermos reconhecido que o mento, se achando no centro da excavação pubiana, tende a conservar esta posição.

N'estas condições para que o parto se possa terminar expontaneamente é preciso que o mento seja trazido para debaixo da arcada pubiana.

Verdade é que, algumas vezes se tem visto o parto terminar sem a reducção d'esta parte, porem são factos raros e excepcionaes e nos quaes não deve o parteiro confiar muito, devendo intervir o mais cedo que for possivel.

Nas posições mento-anteriores, os esforços da na-

tureza são o mais das vezes bastante para expulsar o feto; no caso porem, de inercia das contracções uterinas, recorrer-se-á ao forceps, trazendo o mento para debaixo da arcada pubiana; o desprendimento se concluindo pelo levantamento dos cabos do instrumento.

Nas posições mento-posteriores, as mais communs, as difficuldades são mais serias; para que o parto se possa terminar é preciso que o mento percorra toda a concavidade do sacco e a gotteira perineal e venha se desprender na commissura posterior da vulva, porem, o pescoço do feto sendo muito curto para se prestar a uma distensão desta ordem, seria preciso, para que o mento podesse attingir o reborbo perineal, que o peito se insinuasse com a cabeça na excavação, o que não é possivel n'um feto a termo.

N'este caso seria impossivel a terminação do parto e assim se a parte fetal estiver bastante elevada o parteiro deve procurar repelil-a com a mão acima do estreito superior e fazer em seguida a versão; estando porem bastante encravada, tendo já transposto o orificio, recorrer-se-á ao forceps ou ao cephalotribo segundo as difficuldades apresentadas.

Nas applicações do forceps tentar-se-á primeiramente abaixar o vertice e se as tentativas de flexão e tracção não derem resultado, o parteiro deverá produzir artificialmente a rotação e trazer o mento para debaixo da symphise pubiana por duas applicações de forceps.

Com este processo Dubois e Blot conseguiram resultados muito satisfactorios. Em muitos casos porem, as difficuldades são taes que a craneotomia é o ultimo recurso.

Procidencia do cordão. — Diz-se que ha procidencia do cordão, quando este orgão desce para deante da parte fetal que se apresenta. Existem varias especies de procidencias assim : quando o cordão se acha n'um reservatorio das aguas intacto diz-se que ha apresentação do cordão (Brindeau). Em outros casos a ansa procidente vem se collocar ao lado da parte fetal sem descer abaixo d'ella; é a *laterocidencia* de Budin, o *procubitus* de Pinard.

Brindeau porem, julga mais clinico considerar como procidencia todos os casos nos quaes o cordão desce abaixo do annel de Bandl.

Deve-se considerar a procidencia do cordão como uma das complicações de trabalho mais graves que podem ameaçar a vida do feto. Vejamos as principaes causas de procidencia: Umas ligam-se ao proprio cordão, como a extensão exagerada, os nós augmentando o peso, a inserção (marginal e velamentosa, favorecendo as procidencias pela approximação do cordão do orificio interno). Porak, Pinard, Commandeur insistiram sobre esta causa mostrando que a procidencia é quasi fatal quando a placenta se insere ao mesmo tempo no segmento inferior.

Ha uma outra variedade de causas ligadas á mobilidade do cordão ; assim temos: o hydramnios, que tornando o feto mais movel, favorece tambem as apresentações viciosas e a ruptura prematura das membranas.

A pequenez do feto age tambem no mesmo sentido.

Ainda existe outra variedade; e esta de causas mais numerosas e mais importantes que predispòem as procidencias produzindo um espaço livre entre o

segmento inferior e a parte fetal. As apresentações viciosas e irregulares agem por este modo.

Todas estas causas não só favorecem a procidencia do cordão como a de pequenas partes fetaes. E' muito frequente encontrar procidencia dos membros e do cordão. M.^me Lachapelle dizia: «Les procidences apellent les procidences».

Finalmente tambem as manobras obstetricas são uma causa das procidencias; principalmente quando praticadas por mãos pouco adestradas.

Vejamos o que é preciso fazer n'estes casos: Se as membranas estiverem intactas, se a dilatação for completa, rompe-se o reservatorio das aguas com prudencia, e depois, se a cabeça estiver encravada, termina-se o parto por uma applicação de forceps; no caso contrario a versão é preferivel. Se porem, a dilatação não for completa, o caso é diverso.

Aqui, os parteiros divergem de opinião; uns aconselham esperar, deixar a mulher no leito e evitar toques prolongados para não romper as membranas; tendo-se porem o cuidado, de auscultar de vez em quando o feto para intervir no caso necessario. Outros porem, temendo a compressão do cordão preferem intervir em todos os casos.

Se a dilatação for completa não ha hesitar, terminemos o parto o mais breve possivel: porem, infelizmente a procidencia se produz em um momento em que o orificio não está completamente dilatado; n'este caso deve-se ensaiar a reducção da procidencia, ou manual como aconselhava M.^me Lachapelle ou instrumental; no caso porem de impossibilidade, activar-se-á a dilatação do orificio e uma vez completa

termina-se o parto conforme a apresentação. Se for uma apresentação do vertice e a cabeça estiver encravada devemos recorrer ao forceps. No caso porem de estar movel a cabeça acima do estreito superior, ou tratando-se de uma apresentação da espadua devemos preferir a versão.

Excesso de volume. — As causas que podem determinar um augmento de volume que venha trazer empecilhos á expulsão do feto são: o emphysema do corpo do feto, a hydrocephalia, o hydrorachis, o hydrothorax, a ascite, a ankylose das articulações do feto e os diversos tumores formados pelo desenvolvimento dos rins, ou pela distenção exagerada da bexiga, em consequencia de retenção da urina.

O emphysema sendo um indice de morte do feto, nós não devemos temer de punccionar as cavidades onde os gazes estiverem accumulados e mesmo praticar a scarificação profunda, como aconselha Tarnier; mas, se por estes meios, e pelo forceps, não obtivermos resultados praticaremos a embryotomia.

A hydrocephalia é uma molestia que constitue uma complicação muito seria do parto. Entretanto, as difficuldades e os perigos que podem sobrevir na occasião do parto dependem do maior ou menor volume a que possa attingir a cabeça do feto. Estabelecido porem que seja, o diagnostico, se a cabeça por causa do seu volume não tende a descer e se o feto está vivo, nós devemos applicar o forceps e extrahil-o, tendo o cuidado de fazer tracções lentas.

Se porem o forceps não der resultado, devemos, como aconselham os parteiros inglezes, fazer a puncção do craneo. Depois desta operação, se ainda os esforços

da natureza forem impotentes para expulsar o feto, devemos applicar o forceps e se o feto estiver morto, recorrer á craneotomia.

As outras affecções que citamos, como sejam: hy-hydrothorax, hydrorachis, ascite, são todas mais raras que a hydrocephalia e apenas fazemos mencionar.

Os tumores da região ano-perineal do feto, que constituem raridades scientificas dão lugar á partos laboriosos e as indicações variam com as difficuldades trazidas ao caso.

Taes são as principaes indicações do forceps.

Condições indispensaveis para a applicação do forceps

As condições indispensaveis para a applicação do forceps pertencem a duas grandes cathegorias segundo o acceitamento dos parteiros. Na primeira, estão as condições acceitas por todos elles e a estas chamaremos absolutas; na segunda, a que chamaremos relativas, estão as discutidas por alguns.

As primeiras são as seguintes:

1.º *Que o diagnostico da apresentação tenha sido feito com exactidão.* Quando uma bossa sero-sanguinea volumosa impedir o diagnostico, nós devemos introduzir a mão toda em procura do pavilhão da orelha que orientará ao parteiro.

Alem da bossa podendo impedir o diagnostico pela exploração das fontanellas e das suturas, a presença de uma fontanella supplementar, pode tambem fazer se commetter um erro quanto a posição e n'este caso ainda, o reconhecimento do pavilhão da orelha nos é de grande alcance por quanto sabemos, que o angulo diedro formado pelo pavilhão e a região mastoidea olha o occiput.

2.º *Que as membranas estejam rotas*, sem o que o parteiro iria descollar a placenta e portanto expor a parturiente á hemorrhagias mais ou menos graves.

3.º *Que o orificio esteja dilatado ou dilatavel.* E' uma condição absolutamente indispensavel, ou melhor, a grande condição da applicação do forceps; porquanto toda applicação tentada antes do orificio estar dilatado ou dilatavel, é uma operação não somente inutil, mas tambem perigosa.

Devemos ter em vista que, nas primiparas principalmente, a dilatação do orificio se faz de um modo muito lento, sobretudo quando as membranas rompem-se prematuramente, e d'este modo, salvo caso de necessidade absoluta a regra é formal: esperar a dilatação do orificio, e não intervir, senão quando o estado da mãe ou do feto a reclamam.

As condições relativamente necessarias são:

1.º *Que o feto se apresente pela extremidade cephalica, vindo primeiro.* Ribemont não admitte senão em casos excepcionaes a applicação do forceps sobre a cabeça em um caso de apresentação pelvica, quando depois da expulsão do tronco, a cabeça fica presa, nem tão pouco admitte a applicação sobre a nadega.

Charpentier acredita que se exagerou muito os perigos da applicação do forceps sobre a extremidade pelvica e como Depaul, Dubois, Stoltz, Tarnier não hesita, nos casos de apresentação pelvica em que a mão é insufficiente para resolver a caso, em recorrer ao forceps.

Parecem, diz Tarnier, excellentes as razões que dão aquelles que condemnam a applicação do forceps sobre as nadegas. As colheres, com effeito, se applicam muito mal e o instrumento escorrega ao menor esforço; de outro lado os ossos do pelvis têm muito pouca solidez para supportar sem inconveniente a pressão necessaria para dar ao instrumento uma apprehensão solida; as colheres deprimindo as paredes abdominaes, expõem á contusão, á dilaceração as visceras do abdomen. Estas censuras não deixam de ter fundamento; mas que fazer n'um caso de apresentação pelvica, quando é urgente terminar o parto e que a mão não é sufficiente?

Applicar-se-ha o gancho rhombo?

Porem o gancho não deixa de ter inconvenientes; tambem em casos semelhantes os professores Stoltz e Dubois recorreram algumas vezes ao forceps e conseguiram extrahir uma creança viva.

Devemos porem observar como norma o seguinte: nas posições dorso-anteriores empregaremos o laço e nas dorso posteriores o forceps, que n'este caso, applicado sobre as coxas do feto, deixa livre a bacia e o abdomen e por consequencia não expõe aos perigos que ja citamos.

2.º *O feto deve estar vivo*—Se estiver morto e houver indicação, é preferivel recorrer a embryotomia cephalica. Não se tendo a certeza de que o feto está morto, serve-se do forceps; do mesmo modo quando não se tem á disposição os instrumentos necessarios para reduzir o volume da cabeça do feto.

3.º *E' preciso não haver entre o volume da cabeça fetal e as dimensões da bacia uma desproporção notavel.* O forceps se bem que seja um instrumento de compressão, é destinado principalmente a exercer tracções; se pois as resistencias que elle tiver de vencer forem muito grandes, infallivelmente contundir-se-ão as partes molles que forram a cavidade pelvica e poder-se-á determinar a rotura dos ligamentos e o relachamento das symphises.

4.º *Finalmente é preciso que a cabeça esteja encravada.* Wallich indica o encravamento da cabeça como uma condição indispensavel para a applicação do forceps. Pajôt assignala tambem como uma circumstancia muito favoravel, sem comtudo fazer d'ella uma condição indispensavel, o facto do encravamento e da fixação da cabeça no estreito superior.

Regras geraes

Estudando o manual operatorio do forceps em cada uma das principaes posições que occupa a cabeça na bacia, estudemos anteriormente os preparativos operatorios e as regras geraes a observar.

PRECAUÇÕES DEVIDAS A MULHER.— Baudeloque mandava mostrar o forceps ás parturientes, explicar-lhes seu uso, seu fim e seu mecanismo e convencel-as de sua inocuidade; e Madame Lachapelle dizia: « não vi parturiente alguma a quem esta precaução não tranquilizasse, e encontrei muitas, innumeras vezes, que em seu segundo parto, solicitavam a applicação do forceps, que terminou seu primeiro parto.»

Alem disso, é preciso convencer a parturiente da necessidade de terminar o parto, tanto em seu interesse como no de seu filho, socegal-a sobre a dor que pode temer, sobre as consequencias d'esta intervenção; dirigindo-se ao mesmo tempo em uma palavra ao seu coração e á sua rasão.

Ha algumas parturientes que, resistindo a todos estes meios de persuasão, submettem-se á applicação do forceps mediante a promessa de um parto indolor pela anesthesia chloroformica.

Pratica-se a anesthesia quando a mulher é indocil e inquieta, quando existe uma certa estreiteza das partes molles e estando a mulher anesthesiada, é certamente mais facil fazer uma prehensão regular da cabeça; porem, no caso de intervenção por inercia

uterina é preciso lembrarmos-nos que o chloroformio pode augmentar a inercia e favorecer a hemorrhagia.

Posição da parturiente.—A mulher deve ser collocada transversalmente sobre o leito, as nadegas tão proximas quanto possivel do bordo: as coxas afastadas e as pernas em flexão sobre as coxas, repousando sobre os joelhos de dois ajudantes e mantidas por elles, assentados em cadeiras dispostas ao longo do leito, porem bastante afastadas para permittir a liberdade completa aos movimentos do parteiro.

Na inglaterra as mulheres são collocadas em decubito lateral quando se serve do forceps recto e curto; o decubito dorsal sendo reservado para os casos em que se emprega o forceps longo; este decubito porem, é preferivel ficando a mulher deitada transversalmente sobre o leito.

Somente em casos faceis pode-se deixar a mulher deitada ao longo do leito, ainda assim porem, pode haver algum inconveniente. Charpentier cita um caso em que, tendo deixado a mulher deitada ao longo do leito, foi obrigado após a sahida da cabeça, a collocal-a transversalmente em consequencia das difficuldades experimentadas no desprendimento das espaduas.

Cuidados antisepticos.— Faz-se a asepsia dos orgãos genitaes externos e internos, depois raspa-se os grandes labios para que a mão não acarrete pêllos para o interior da vagina e faz-se emfim uma injecção vaginal.

O forceps desarticulado, foi esterilisado na estufa ou mantido em agua fervendo durante uma meia hora.

O parteiro, tendo desinfectado as mãos, deve ter

a certeza do perfeito funccionamento do forceps, uncta em seguida a face externa das colheras com a vaselina aseptica e, tendo disposto tudo o mais para a ligadura do cordão, soccorro ao feto após a extracção, acha-se preparado para fazer a intervenção.

As regras classicas do forceps são em numero de oito:

1.ª *O forceps deve ser applicado sobre a cabeça.* Esta regra é variavel, como ja vimos quando tratamos das condições relativamente necessarias para a applicação do forceps.

2.ª *O forceps deve ser applicado aos lados da cabeça de modo que o bordo concavo das colheres olhe o ponto da apresentação que tem de ser trazido para debaixo da symphise do pubis.* Nem sempre isto é possivel, como acontece nas applicações obliquas em relação a cabeça e bacia; quando a cabeça se acha em uma das posições transversas por exemplo.

3.ª *O ramo posterior deve ser o primeiro introduzido.* No decorrer do nosso trabalho teremos occasião de ver que, occasiões ha em que somos obrigado a introduzir primeiramente o ramo anterior e portanto, nem sempre esta regra tem lugar de ser.

4.ª *O ramo direito deve ser mantido pela mão direita e introduzido ao lado direito da mulher, e o ramo esquerdo pela mão esquerda e introduzido ao lado esquerdo da mulher.* Esta regra é absoluta como veremos adeante.

5.ª *Antes de introduzir qualquer dos ramos devemos introduzir primeirameute a mão guia que é sempre a de nome contrario ao ramo a ser introduzido* E' tambem uma regra absoluta e sempre observada.

6.ª *O segundo ramo deve ser introduzido acima do primeiro.* Esta regra é tambem sempre observada, o que nos obriga muitas vezes a descruzar os ramos quando não nos tiver sido possivel collocar em primeiro lugar o ramo posterior.

7.ª *A colher do forceps não deve ir alem do ponto em que é permittido chegar.* Na introducção do segundo ramo, habitualmente se o leva para a symphise sacro-illiaca, e depois então por um movimento de abaixamento do cabo a colher é levada ao nivel da região fetal sobre a qual deve ser applicada.

8.ª *Os ramos devem ser introduzidos sem violencia.* Esta é tambem uma regra absoluta.

Temos assim as regras classicas do forceps, que se podesssem ser sempre observadas constituiriam a operação do forceps, um ideial.

Applicação. — A maioria dos auctores descreve apenas tres tempos:

1.º introducção das colheres.

2.º articulação do instrumento.

3.º extracção do feto.

Ribemont diz que esta divisão é simples e facil de conservar, porem é insufficiente.

Diz elle: o primeiro tempo comprehende com effeito muitas manobras importantes que convem separar umas das outras.

Descreveremos pois como elle, cinco tempos na applicação do forceps.

1.º introducção da mão e procura da orelha posterior.

2.º introducção e collocação da primeira colher.

3.º introducção da segunda mão e introducção da segunda colher.

4.º Articulação dos dois ramos,

5.º Extracção do feto.

Estudemos cada um d'estes tempos:

1. Tempo — E' o mais doloroso para a mulher quando não está anesthesiada e devemos executal-o no intervallo das contracções uterinas. A mão introduzida primeiro é a de nome contrario ao ramo que deve ser collocado em primeiro logar. A face dorsal é lubrificada com vaselina para facilitar o escorregamento; a extremidade dos dedos resvalada brandamente entre a parte fetal e as partes maternas reconhece; 1.º o bordo do orificio uterino; 2.º a orelha do feto, cujo lobulo se procura attingir, e Farabeuf e Varnier admittem que, para a mão introduzida nos orgãos genitaes só ha lugar posteriormente entre o arco intersciatico e a cabeça; de modo que, a mão só pode ser collocada de tres modos: 1.º em posição directa sacra; 2.º obliquamente a esquerda, em posição esquerda posterior; 3.º obliquamente á direita em posição direita posterior.

Sem duvida é para traz que ha mais lugar para introduzir a mão, não esquecendo entretanto que na occipito-pubiana por exemplo, a orelha se acha alta; que há interesse em não afastar os dedos d'esta orelha e que, é possivel insinual-os sobre as partes lateraes da bacia. Todavia far-se-ha bem dirigindo a mão para traz, um pouco obliquamente á esquerda ou a direita segundo a mão direita ou a esquerda é introduzida.

Experimentam-se algumas vezes difficuldades para

a introducção da mão, se as partes molles são estreitas e resistentes, e n'este caso, se a mulher é indocil e pusillanime recorremos ao chloroformio.

2.º *Tempo*—O ramo é apanhado pelo cabo e com a mão homonyma: ramo esquerdo pela mão esquerda, ramo direito pela mão direita. Podemos segurar o cabo de modos diversos: ou como uma penna de escrever, ou entre o indicador, o pollegar e o medio ou com a mão toda o que é preferivel. Devemos segural-o tão perto quanto possivel do gancho e mantel-o brandamente, sem rigeza nos dedos nem no punho.

O cabo, bem mantido na mão, é dirigido de tal maneira que a colher venha se insinuar pouco a pouco entre a face palmar da mão-guia e a cabeça fetal; o eixo da colher devendo corresponder tanto quanto possivel ao eixo da mão.

A colher escorregando sobre a mão, o cabo se abaixa pouco a pouco: esta descida se fazendo segundo uma linha curva de concavidade postero-inferior.

Convem notar que, quanto maior o movimento impresso aos cabos, menos a colher se desloca, menos por consequencia ella desvia-se do eixo segundo o qual progride.

A colher é a principio introduzida sobre a mão; uma vez chegada mais ou menos ao nivel da região fetal sobre a qual deve ser applicada, é trazida sobre ella, a mão introduzida servindo sempre de guia e a outra mão imprimindo ao cabo o movimento necessario.

A colher é posta no lugar; o operador ahi mantem solidamente sustentando o cabo; emquanto retira

brandamente a mão guia evitando deslocar a cabeça, depois confia o ramo á um auxiliar, recommendando conserval-o immovel; este auxiliar deve afastar-se tanto quanto possivel de modo a não impedir o operador nas manobras a seguir.

Nos casos em que ha procidencia do cordão ou de um membro, é preciso recalcar com cuidado a parte fetal procidente de modo a não prendel-a entre a colher e a cabeça.

3.º *Tempo*—Antes de introduzirmos o segundo ramo, devemos primeiramente fazer penetrar a mão de nome contrario, e leval-a profundamente até que as extremidades digitaes estejam em contacto com a parede posterior da bacia, na visinhança da symphise sacro-illiaca; não é necessario, que estes dedos procurem a orelha anterior, que seria aliás impossivel muitas vezes attingir.

Trata-se de collocar o segundo ramo; elle deve ficar em uma região diametralmente opposta ao primeiro; habitualmente porem elle é á principio guiado sobre a mão para a symphise sacro illiaca, depois levado ao nivel da região fetal sobre a qual deve ser applicado.

A medida que a colher penetra e se approxima da situação definitiva, tem-se o cuidado de voltar o ramo de modo que sua parte articular venha o mais perto possivel da parte articular do ramo já collocado. As difficuldades d'este terceiro tempo se observam muitas vezes no momento em que, tendo-se introduzido a colher, procura-se leval-a em uma situação symetrica com a primeira; é necessario proceder com lentidão e sem empregar força.

J.

4.º Tempo— Para articularmos o instrumento, devemos segurar cada ramo com a mão homonyma perto do gancho, depois approximar brandamente um do outro de modo que a articulação se faça.

Podemos entretanto encontrar alguma difficuldade na articulação; os dois ramos por exemplo, podem não ter sido introduzidos na mesma profundidade e d'este modo, o pivot não corresponder mais ao encaixe ou os encaixes (conforme o forceps) não se corresponderem. Devemos, então, retirar um dos ramos, geralmente o direito, e proceder a uma nova applicação.

Uma outra difficuldade resulta da necessidade que temos de descruzar os ramos; foi uma intervenção em que, ao contrario da regra do forceps que manda introduzir primeiramente o ramo esquerdo, introduzimos o ramo direito e como a mesma regra manda applicar o segundo ramo sobre o primeiro, elles ficaram cruzados.

Para descruzal-os nós apanhamos cada cabo com a mão homonyma; as mãos descrevem um pequeno movimento de rotação em sentido inverso em consequencia do que o ramo esquerdo vem ficar por baixo do direito. Devemos ter o cuidado de deslocar o menos possivel os cabos e imprimir-lhes pequenos movimentos.

Uma vez o instrumento articulado devemos nos certificar se a cabeça foi bem prehendida e se, alem d'ella não o foi tambem alguma outra parte.

5.º Tempo—Resta-nos agora extrahir o féto; para isto, devemos praticar tracções sobre os cabos do forceps e pratical-as na direcção do eixo da bacia. Estas

tracções devem ser muito lentas e continuas e, feitas exclusivamente com o auxilio do braço, sem que de modo algum o parteiro tenha o direito de procurar ponto de apoio para, firmando o pé, exercer tracções ao mesmo tempo com todo o corpo.

Isto é um defeito muito grande, que alem de attestar a incapacidade do operador, viria trazer consequencias que poderiam ser funestas para a parturiente.

Regras particulares

Como acabamos de ver, as regras geraes são sempre as mesmas, qualquer que seja a orientação da cabeça em relação á bacia, e qualquer que seja a altura em que ella se ache detida no estreito inferior, na excavação ou no estreito superior. Assim, estudemos as differentes applicações do forceps n'estas diversas situações.

Applicação do forceps no estreito inferior.—No estreito inferior da bacia a cabeça pode estar nas duas posições chamadas de expulsão: occipito pubiana e occipto sacra.

Vejamos como intervir em cada uma d'ellas.

Posição occipito pubiana.—Temos aqui uma applicação forceps directa em relação a cabeça e em relação a bacia, porquanto os ramos direito e esquerdo do forceps serão respectivamente collocados aos lados direito e esquerdo da mulher e da cabeça do feto.

Vejamos agora como devemos proceder:

1.° *Tempo*—O ramo esquerdo do forceps, mantido pela mão esquerda, vae ser collocado em primeiro lugar, e a mão direita vae servir de guia. Os dedos d'esta mão penetram brandamente sobre as partes lateraes da cabeça, até que as extremidades do indicador e do medio passem os bordos do orificio uterino e attinjam o lobulo da orelha.

Geralmente não é necessario introduzir a mão toda para chegar á orelha, que, em consequencia do encravamento e da flexão muito accentuada da cabeça,

se acha muito proxima da symphise pubiana; basta introduzir quatro dêdos na vagina, o pollegar ficando do lado de fora.

2.° *Tempo*—O ramo esquerdo é introduzido brandamente de modo que a colher se applique bem sobre a palma da mão, cujo eixo ella segue. A medida que a colher avança, devemos levar o cabo pouco a pouco de cima para baixo e da esquerda para a direita, de modo a tornar-se parallelo a coxa direita da mulher.

N'este movimento, a colher, guiada pelos dêdos da mão direita, se colloca sobre as partes lateraes da cabeça, sem todavia exceder as extremidades dos dêdos.

Uma vez regularmente collocada a colher, o operador retira brandamente a mão direita, mantendo com a mão esquerda o cabo do ramo esquerdo; e confia-o em seguida a um ajudante, que deve immobilizal-o o mais possivel.

3.° *Tempo*—A mão esquerda é introduzida brandamente sobre a parte lateral direita da vulva, por cima do ramo esquerdo e, procurando transpor o orificio uterino vae em procura da orelha direita do feto. O ramo direito, seguro pela mão direita, é mantido quasi verticalmente; depois, pouco a pouco levado de cima para baixo e da direita para a esquerda, de modo que a colher, sempre em contacto por sua face convexa com a face palmar da mão esquerda, venha se collocar sobre a parte lateral direita da cabeça.

4.° *Tempo*—Os ramos estando bem collocados, o operador segura cada um com a mão homonyma e

approxima as partes articulares de modo a insinuar o pivôt do ramo esquerdo no encaixe do ramo direito, e uma vez insinuado aperta-se o parafuso de prehensão e d'este modo está o forceps articulado.

Com o forceps moderno, forceps cujo emprego aconselhamos por ser tambem o empregado na clinica obstetrica da Santa Casa, forceps de Simpson modificado por Braun, a articulação se faz insinuando os ramos mutuamente no encaixe um do outro.

5.º *Tempo*—Temos agora de fazer tracções de cima, para baixo e para deante até o desprendimento do occiput. Uma vez pois, tendo-se effectuado o desprendimento, o parteiro vendo que a nuca está em relação com o ligamento triangular, tratará de fazer a extensão da cabeça pelo levantamento do cabo do forceps para deante da symphise e do abdomen.

Somente após a sahida da cabeça é que devemos retirar o forceps; ao contrario do que queria M.me Lachapelle, que mandava desarticulal-o logo depois da sahida da cabeça das partes osseas.

POSIÇÃO OCCIPITO-SACRA—E' muito rara esta posição. O forceps applicado sobre a cabeça em occipito sacra, o bordo concavo das colheres olha a face e não o occiput como na posição anterior; e por consequencia, a applicação não é rigorosamente directa em relação a cabeça, e o instrumento deve ser manejado com prudencia.

1.º *Tempo*—Devemos começar pelo ramo esquerdo. Cada ramo será collocado n'uma das extremidades do diametro transverso. Introduz-se a mão direita ao lado esquerdo da bacia e vae-se á procura da orelha que, n'esta posição se acha muito para atraz.

2.º *Tempo* — O ramo esquerdo, seguro pela mão

esquerda, é dirigido de modo que a face externa da colher resvale sobre a face palmar da mão direita. A collocação da colher se faz da mesma maneira que na posição occipito pubiana, com a differença unica que, a colher se acha dirigida mais para atraz e que, por conseguinte o cabo será inclinado um pouco mais para deante.

3.° Tempo — A mão esquerda é introduzida brandamente ao lado direito da bacia e dirigida um pouco para atraz. O ramo direito, seguro pela mão direita é introduzido de modo que a colher resvale sobre a face palmar da mão esquerda e venha se collocar symetricamente em relação com a colher esquerda, cujo cabo é mantido por um ajudante.

4.° Tempo—Este tempo em nada differe da mesma manobra executada na posição occipito-pubiana.

5.° Tempo—A extracção do feto nesta posição pode se fazer de dous modos diversos:

1.°) levando o occiput para debaixo da symphise pubiana, isto é, transformando a occipito sacra em occipito pubiana; e neste caso temos que fazer uma dupla applicação de forceps.

2.°) desprendendo o occiput para atraz, o que não aconselhamos.

Applicação do forceps na excavação—A cabeça na excavação pode occupar differentes posições que são na ordem de frequencia: esquerda anterior, direita posterior, esquerda posterior, direita anterior, vindo em seguida as posições transversas. Estudemos cada uma dellas :

Occipito illiaca esquerda anterior — A cabeça estando n'esta posição, os seus grandes diametros estão

em relação com o diametro obliquo esquerdo e, é o ramo esquerdo que deve ser collocado primeiro, sobre a orelha posterior.

1.º Tempo—A mão direita é introduzida á esquerda da bacia e um pouco para atraz dirigindo-se para a symphise sacro illiaca esquerda. Os dedos procuram n'esta direcção a orelha posterior, que faz uma pequena saliencia na parte lateral esquerda da cabeça do feto.

2.º *Tempo*—O ramo esquerdo é introdusido brandamente sobre a mão-guia. Elle é á principio mantido quasi verticalmente de modo que a colher se applica bem sobre a mão; depois a mão esquerda, descrevendo um movimento de cima para baixo e da esquerda para a direita, vem collocar a colher na parte lateral esquerda da face.

Uma vez bem collocada, o gancho do cabo deve ficar dirigido para a direita e para cima.

3.º *Tempo*—Introduz-se a mão esquerda para atraz, o pequeno dêdo e o annular attingindo ligeiramente a linha media.

A extremidade dos dêdos vae ter á parede posterior da bacia pouco mais ou menos na visinhança da articulação sacro illiaca.

Não devemos procurar attingir a orelha anterior que se acha para atraz do ramo ischio-pubiano.

Devemos entretanto ter o cuidado de não deslocar nem a cabeça nem a colher esquerda ja collocada, e introduzir profundamente a mão para permittir levar o ramo direito como se se quizesse attingir a parede posterior da excavação com a extremidade da colher.

O ramo direito é levado sobre a palma da mão esquerda, e introduzido até que, a extremidade da colher chegue á extremidade dos dêdos.

Introduzida a colher resta-nos pol-a em posição, isto é, leval-a sobre a região da cabeça em que deve ser appoiada, o que se consegue fazendo descrever ao ramo um movimento de rotação que se designa sob o nome de movimento de espiral de M.me Lachapelle e assim descripto por ella: J'incline l'extremité de la cuiller au devant du ligament sacro-sciatique, puis, à mesure que j'enfonce, j'abaisse le crochet et je le ramene peu a peu entre les cuisses jusq'a l'incliner fort bas au-dessos de l'anus; par ce movement, je fais decrire à l'extremité de la cuiller un mouvement de spirale que les doigts introduits dans le vagin dirigent et perfectionnent.

Ce mouvement porte la cuiller en même temps en avant et en haut: il lui fait cerner la tête par un traget oblique que represente une ligne étendue du ligament sacro sciatique à la branche horisontal du pubis, et tracée à l'interieur du bassin.

Ce mouvement est opéré en un clin d'œil, et il se fait sans la moindre douleur, sans le moindre froissement ».

Para executal-o, a mão direita imprime á extremidade do cabo do ramo direito um movimento circular de cima para baixo e da esquerda para a direita, que traz este ramo para cima do ramo esquerdo prestes a se articular. N'este movimento, a mão direita se deixa guiar em parte pela colher que contorna successivamente a região fronto-parietal direita, depois a região parieto-malar.

4.º *Tempo*—Tratando-se de articular o forceps, geralmente o ramo direito está muito indroduzido, pelo que, devemos retiral-o ligeiramente para que a articulação se faça.

Esta articulação apresenta ás vezes difficuldades que provêm da má collocação do primeiro ramo, ou porque o ajudante deslocou-o ou deixou deslocar, pelo parteiro na occasião de introduzir a mão para collocar o segundo ramo e assim, uma vez verificado o deslocamento retiram-se os dois ramos para então fazer uma nova applicação.

5.º *Tempo*—Este tempo differe apenas do seu hemologo na posição occipito pubiana em que, é preciso trazer a cabeça a esta posição, ou melhor, fazer a rotação da cabeça.

Occipito illiaca diretia anterior — A cabeça achando-se n'esta posição, os seus diametros antero-posteriores estão orientados segundo o diametro obliquo direito da bacia e, assim, o forceps tem de ser applicado segundo o diametro obliquo esquerdo. O ramo posterior deve ser o primeiro introduzido e neste caso é o ramo direito.

1.º *Tempo*—Indroduz-se a mão esquerda na parte posterior da metade direita da excavação. Ella penetra brandamente, segue o parietal direito e se colloca em posição para guiar a colher.

2.º *Tempo*—O ramo direito, mantido pela mão direita é introduzido de modo que a colher resvale sobre a mão esquerda e venha se collocar para atraz, em frente ao ligamento sacro illiaco direito, depois levado pouco a pouco para frente até se collocar na

parte lateral da cabeça. Uma vez em posição, o cabo é confiado á um ajudante.

3.º *Tempo*—A mão direita é introduzida na parte posterior direita da bacia. O ramo esquerdo, mantido pela mão esquerda, resvala sobre a mão direita como guia de modo que, a extremidade da colher venha se pôr em contacto com a parede postero inferior da excavação. N'este momento o cabo é mantido muito alto pela mão esquerda, sendo preciso que se o leve de cima para baixo e da direita para a esquerda afim de que, a colher venha successivamente contornar a parte fronto-parietal esquerda da cabeça do feto e seja trazida da parte posterior da bacia para a anterior.

O ramo direito, introduzido primeiro, serve de ponto de reparo para limitar o movimento de circumducção impresso a colher.

4.º *Tempo*—Aqui, antes de tudo, temos necessidade de descruzar os ramos, para o que, segura-se cada ramo com a mão homonyma, depois afasta-se um do outro, deslocando o menos possivel sua direcção até que, se possa passar o ramo esquerdo por baixo do ramo direito. Resta apenas articular o instrumento, para o que, se fôr necessario, retira-se o ramo mais profundamente introduzido.

5.º *Tempo*—Podemos então começar a fazer as tracções, que tem por fim flexionar a cabeça e trazel-a para a entrada da bacia.

Para isto os cabos do instrumento descrevem um pequeno arco de circulo de baixo para cima e da direita para esquerda, movimento que tem por fim fazer a rotação da cabeça para occipito pubiana. Uma vez feita a rotação, a extracção faz-se como indicamos tratando d'esta posição.

Applicação do forceps nas posições posteriores da apresentação do vertice.—Tem sido muito discutida a applicação do forceps nas posições posteriores da apresentação do vertice, isto é, quando o occiput se acha em relação com qualquer das symphises sacro-illiacas.

Na posição direita, por exemplo, a mais frequente das duas, os diametros antero-posteriores da cabeça se acham orientados segundo a direcção do diametro obliquo esquerdo. Seguindo as regras classicas do forceps, devemos applical-o nas duas extremidades do plano diametral direito, isto é, a colher esquerda em relação com a symphise sacro illiaca esquerda e a colher direita na visinhança do fundo da cavidade cotyloide direita. O forceps n'estas condições é mal applicado em relação á cabeça fetal, porquanto, o bordo concavo das colheres olha para a face e o bordo convexo para o occiput do feto.

Esta applicação irregular é tanto mais prejudicial quanto se adopta o methodo que vamos descrever para a rotação a imprimir aos cabos do instrumento, e o forceps será ao mesmo tempo mal applicado em relação á bacia. Com effeito se se traz o occiput para deante, de modo á ficar abaixo da symphyse pubiana, o forceps se achará collocado de modo que o bordo convexo ficará situado por traz da parte anterior da bacia; se ao contrario, se leva para atraz, ficamos nas mesmas condições que para a extracção feita com o forceps applicado sobre a cabeça em occipito sacra.

Procurando evitar estes inconvenientes, foi que, um certo numero de parteiros, ao mesmo tempo que procurava tambem ensaiar, obter um parto expon-

taneo, aconselhava reduzir com a mão a posição posterior em transversa ou anterior.

Pinard e Varnier, receiosos das difficuldades ou pelo menos dos iuconvenientes da applicação do forceps sobre a cabeça em posição posterior, erigiram em methodo a reducção manual das posteriores em transversas quando o forceps é indicado, mas não antes; supprimindo as applicações do forceps sobre a cabeça em posição posterior.

O melhor modo de extrahir com o forceps uma cabeça detida em posição posterior consiste pois, em só applicar o instrumento depois de ter anteriormente modificado as relações d'esta cabeça com a bacia, isto é, depois de ter transformado em transversa.

Para obtermos esta mutação, basta introduzirmos a mão profundamente, até que se attinja, como aconselhou Tarnier, a orelha e a porção lateral direita da cabeça.

Tratando-se de uma esquerda posterior, é preferivel introduzir a mão direita, porque mais facilmente se produz a mutação em esquerda transversa ou esquerda anterior, e alem d'isso, uma vez a mutação feita, a mão acha-se naturalmente collocada para servir de guia ao ramo esquerdo do forceps, que vae ser collocado em primeiro lugar.

Esta é a pratica seguida pelo professor Ribemont com quem estamos de accordo.

Entretanto, para não deixar passar despercebida a objecção daquelles que pensam, que em certos casos, quer em consequencia de uma bossa serosanguinea, o movimento de rotação pode ser im-

possivel de obter com a mão, vamos descrever a applicação do forceps em cada uma das posições posteriores.

Occipito illiaca direita posterior — 1°. *Tempo*—A mão direita é introduzida brandamente na metade esquerda da bacia e resvalando sobre a parte lateral direita da face, e em seguida do parietal, vae em busca da orelha, que se sente facilmente, e cujo angulo diedro formado pelo pavilhão e a região mastoidea, olha para atraz.

2.° *Tempo*—O ramo esquerdo, mantido pela mão esquerda, resvala sobre a mão direita indo applicar-se por diante da orelha direita, o concavo da colher olha a parte antero-lateral esquerda da bacia onde se acha a face do feto.

3. *Tempo*—O ramo direito, empunhado pela mão direita, pode ser introduzido de dois modos diversos.

Seguindo a regra adoptada, a mão esquerda penetra difficilmente, na parte posterior direita da excavação; difficilmente, digo, porque a grande extremidade da cabeça se acha alojada ahi para a direita e para atraz.

A colher direita resvala sobre a mão esquerda e penetra muito profundamente, depois é trazida para deante vindo se collocar symetricamente em relação ao ramo esquerdo, que serve de ponto de reparo.

Ou então, a mão é introduzida immediatamente sobre a parte lateral direita da bacia, indo servir de guia ao ramo direito, que, resvalando sobre ella, vae se collocar directamente em posição.

4.° *Tempo*—O ramo esquerdo tendo sido collocado em primeiro lugar, acha-se naturalmente por

baixo do direito, e a articulação não apresenta nenhuma difficuldade.

5.º *Tempo*—Os movimentos impressos ao cabo do instrumento differem segundo se effectua a rotação para occipito sacra ou occipito pubiana.

No primeiro caso, o cabo do instrumento descreve um pequeno arco de circulo da esquerda para a direita e de baixo para cima e, achando-se a cabeça em occipito sacra, o desprendimento se faz como já indicamos quando tratamos d'esta posição.

No segundo caso, porém, a cabeça antes de chegar á occipito pubiana, passa successivamente pelas posições intermedias: direita tranversa e direita anterior.

O cabo do forceps descreve pois um grande arco de circulo, que se dirige á principio de baixo para cima e depois de cima para baixo e da direita para a esquerda.

O forceps n'este caso é mal applicado em relação a bacia, porquanto a concavidade das colheres fica voltada para atraz.

Se a cabeça do feto não for muito volumosa, o desprendimento pode se dar n'esta attitude, para o que, a flexão da cabeça sendo sufficiente, levanta-se pouco a pouco o cabo do instrumento, tendo em vista porem que se a extremidade posterior das colheres vae alem da cabeça, infallivelmente lesará a parede posterior da vagina.

Mais consciente é porem, uma vez a rotação feita, desarticular o forceps e entregar o parto as forças naturaes ou então, no caso que seja necessario uma intervenção, fazer uma applicação para occipito pubiana.

Occipito illiaca esquerda posterior — 1.ª *Tempo* —A cabeça estando n'esta posição os seus diametros antero-posteriores estão na direcção do diametro obliquo direito da bacia, e o forceps deve ser applicado segundo o plano diametral esquerdo, e a colher direita a primeira introduzida.

A mão esquerda é introduzida facilmente na parte lateral direita da bacia de modo, que a extremidade dos dedos se dirija para a articulação sacro illiaca direita e, procurando oriental-a sobre a parte lateral esquerda da face e sobre a região fronto-parietal esquerda, facilmente se encontra a orelha.

2.º Tempo—A colher direita, empunhada pela mão direita, é introduzida sobre a mão esquerda e levada assim até a região lateral esquerda da cabeça, onde deve ser collocada.

3.º *Tempo*—A colher esquerda, mantida pela mão esquerda, é introduzida de dois modos diversos segundo a attitude da mão direita primitivamente introduzida: ou é collocada directamente sobre a parte lateral direita da cabeça, ou é levada primitivamente para a parte posterior da bacia, para depois então ser trazida a occupar a sua posição, o que se deve fazer.

4.º Tempo—Aqui, tendo-se introduzido em primeiro lugar o ramo direito, é preciso antes de tudo fazer o descruzamento dos ramos e depois articulal-os.

5.º Tempo—O forceps n'este caso é mal applicado em relação a cabeça, porquanto o borbo concavo olha a face. Para fazermos a extracção temos que fazer a rotação ou para occipito sacra ou para occipito pubiana.

No primeiro caso descrevemos com o cabo do instrumento uma pequena curva de baixo para cima e da direita para a esquerda.

No segundo caso, o cabo do instrumento descreverá uma curva muito maior e dirigida a principio de baixo para cima e depois de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Na occipito sacra a extracção se fará como indicamos tratando desta posição. No occipito pubiana o forceps está mal collocado em relação a cabeça e em relação a bacia, porque o bordo concavo das culheres olha o sacro.

Nestas condições devemos: ou desarticular o forceps, entregando o parto ás forças naturaes ou fazer uma applicação outra de forceps para occipito pubiana ou então, fazer a extracção estando o forceps assim mesmo mal collocado o que não aconselhamos pois seria quasi infallivel a lesão da parede posterior da vagina.

Occipito illiaca direita transversa—N'esta posição os maiores diametros da cabeça correspondem ao diametro transverso da bacia. As colheres do forceps devem ser applicadas segundo o diametro antero posterior, e para que a applicação seja directa em relação á cabeça, é preciso que o bordo concavo das colheres olhe o occiput e por consequencia que a colher direita seja posterior. Sendo assim, é ella que deve ser introduzida em primeiro lugar.

1.º *Tempo*—A mão esquerda é introduzida directamente para atraz, a face palmar voltada inteiramente para deante vae se pôr em contacto com a orelha posterior e a região jugo-parietal.

2.º *Tempo*—O ramo direito é introduzido brandamente sobre a face palmar da mão esquerda e collocado directamente no extremo posterior do diametro transverso da cabeça. A colher estando bem collocada, o cabo se acha á direita da linha media e o gancho dirigido para baixo.

3.º *Tempo*—A mão direita é introduzida obliquamente á esquerda, em relação por sua face dorsal com o ligamento sacro-sciatico. O ramo esquerdo é introduzido sobre a face palmar da mão direita e depois da colher ter penetrado sufficientemente na bacia, é trazida por um movimento de espiral á uma posição symetrica em relação á primeira, ou melhor, á occupar o extremo anterior do diametro transverso da cabeça.

4.º *Tempo*—Descruzam-se os ramos e articula-se o forceps.

5.º *Tempo*—Procurando-se augmentar a flexão da cabeça, traz-se em seguida á posição occipto pubiana, o que se consegue, fazendo descrever ao cabo do instrumento um arco de circulo de baixo para cima e da esquerda para a direita.

Occipito illiaca esquerda transversa—N'esta posição é a colher esquerda que deve ser collocada primeiro.

1.º *Tempo*—Introduz-se a mão direita para atraz, a face palmar directamente voltada para deante e procura-se a orelha posterior.

2.º *Tempo*—Introduz-se o ramo esquerdo sobre a mão direita e colloca-se a colher directamente em posição, occupando o extremo posterior do diametro transverso da cabeça.

3.º *Tempo*—A mão esquerda é introduzida um pouco obliquamente para atraz e o ramo direito é resvalado sobre a mão esquerda de modo que o bico da colher attinja a extremidade dos dedos. Depois, por um movimento de spiral, a colher é trazida para deante de modo a collocar-se symetricamente á primeira.

4.º *Tempo*—Não havendo necessidade de descruzamento, pratica-se a articulação.

5.º *Tempo*—Augmenta-se a flexão da cabeça e depois, fazendo descrever ao cabo do instrumento um pequeno movimento de baixo para cima e da direita para esquerda, faz-se a rotação da cabeça para occipito pubiana passando pela intermediaria, esquerda anterior.

Applicação do forceps no estreito superior—Quando tratamos das i dicações do forceps, e á proposito dos estreitamentos da bacia, tivemos occasião, embora ligeiramente, de nos referirmos ás applicações do forceps no estreito superior, e citamos n'esta occasião o modo de ver do professor Demelin, que condemna taes applicações. De pleno accordo com o professor Demelin, não opinamos pelo emprego do forceps no estreito superior ou acima d'elle. Comtudo estudemos as applicações que se podem fazer n'um caso d'este.

A cabeça no estreito superior está em flexão moderada, fortemente inclinada sobre o parietal posterior. A inclinação sobre o parietal anterior é excepcional (Farabeuf). Estando a cabeça n'esta attitude, o forceps pode ser applicado de tres modos diversos, em relação com os diametros do estreito superior:

1.º Segundo o plano diametral transverso; isto é, um ramo directamente a esquerda e outro directa-

mente a direita: a applicação do forceps é directa em relação a bacia.

2.° Segundo um dos diametros obliquos: diametro obliquo direito quando o occiput está em relação com a porção esquerda da linha innominada; diametro obliquo esquerdo quando em relação com a parte direita da bacia.

A applicação do forceps é obliqua em relação a bacia e a cabeça.

3.° Segundo a regra geral nós devemos procurar apanhar a cabeça regularmente, e como mais frequentemente ella está em posição transversa, direita ou esquerda, o forceps será applicado segundo um plano antero-posterior, algumas vezes no nivel do plano diametral mediano, algumas vezes á direita ou á esquerda.

Vejamos o manual operatorio de cada um d'estes methodos.

Applicação directa do forceps em relação a bacia—(segundo o diametro transverso). As duas colheres devem ser collocadas segundo o diametro transverso, mais ou menos profundamente segundo a altura em que se acha a extremidade cephalica.

O ramo esquerdo será o primeiro introduzido. A mão direita inteiramente introduzida na vagina resvalará seguindo a parede lateral esquerda da excavação e chegará tão alto quanto possivel para guiar a colher esquerda.

Em seguida o operador introduz a mão esquerda na parte direita da excavação para guiar o ramo direito, que, introduzido vem se collocar em posição symetrica ao primeiro.

Uma vez introduzidos os dois ramos, e como não ha necessidade de descruzal-os, faz-se a articulação.

A cabeça estando transversalmente no estreito superior e a applicação sendo directa em relação a bacia, uma colher foi applicada sobre a região occipital e a outra sobre a face. Esta prehensão é defeituosa.

As tracções são exercidas em seguida de modo a fazer a penetração da cabeça na bacia molle e, uma vez ahi, desarticula-se o instrumento e faz-se uma applicação directa em relação a cabeça no caso em que haja indicação para uma intervenção.

Applicação do forceps segundo um diametro obliquo — N'esta applicação a extremidade de uma colher é applicada sobre uma bossa frontal, a outra sobre a região mastoidiana ou retro-auricular do lado opposto. A prehensão é ainda defeituosa, se bem que, menos que a primeira. Vejamos como se procede: Tratando-se de uma posição esquerda, introduz-se a mão direita, resvala-se a face dorsal ao longo da articulação sacro-illiaca esquerda e passa-se com a extremidade dos dêdos o bordo do orificio uterino.

Uma vez introduzida a mão, resvala-se sobre ella a colher esquerda.

A introducção do ramo direito não é sem grandes difficuldades que se consegue. Algumas vezes experimenta-se uma tal resistencia em trazer-se a colher direita a occupar uma posição symetrica em relação a primeira, ou em fazer a articulação que, é-se obrigado a retirar os dois ramos introduzidos e recomeçar a operação.

Tendo em vistas estas difficuldades, foi que alguns operadores aconselhavam depois de uma ou duas

tentativas infructuosas; introduzir em primeiro lugar o ramo que deveria ser introduzido em segundo.

Applicação directa do forceps em relação a cabeça — Supponhamos a cabeça detida no estreito superior, em flexão moderada e posição esquerda; a variedade é naturalmente transversa. O forceps deve ser applicado de modo que o bordo concavo das colheres olhe o occiput e assim, a colher posterior deve ser a esquerda.

1.º *Tempo* — Intróduz-se nos orgãos genitaes a mão direita toda e uma parte mesmo do ante-braço se for preciso, para ir a procura da orelha posterior; a mão devendo ao mesmo tempo sondar as particularidades da bacia, a situação exacta da cabeça, o gráo de encravamento, o gráo de flexão, de inclinação etc.

Com o auxilio d'esta mão procura-se augmentar a flexão da cabeça, o que não é muito facil se ella acha-se fixa; comtudo melhora-se um pouco a situação. Se a inclinação é sobre o parietal, a acção da mão é muito preciosa; pode-se abaixar um pouco a orelha posterior, o que facilita a applicação das colheres e a articulação dos ramos.

Estando porem a cabeça em attitude favoravel para applicação do instrumento, a mão é resvalada entre o parietal posterior e o sacro.

2.º *Tempo* — A mão direita introduzida tem a face palmar applicada sobre a orelha posterior e a face dorsal em contacto com a face interna do utero.

O ramo esquerdo, mantido pela mão esquerda, é introduzido pouco a pouco, resvalando sobre a face anterior do antebraço e a face palmar da mão até chegar a orelha posterior por deante da qual se colloca.

Para que a colher attinja a altura sufficiente, é preciso que o cabo seja muito abaixado e deprima fortemente a commissura posterior da vulva. Dá-se ao cabo uma direcção variavel segundo o gráo de flexão; se a flexão é pequena inclina-se o cabo do lado em que se acha o occiput de modo que, o eixo da colher se approxime o mais possivel do diametro occipito mentoniano e as tracções tenham como resultado abaixar o occiput.

Devemos ter em vista, segundo a disposição das fontanellas, o gráo de flexão da cabeça, se é grande a flexão da cabeça, a bossa parietal posterior se acha perto do promontorio; se a cabeça se acha em uma posição intermediaria entre a flexão e a extensão, a orelha está mais afastada da linha media; se a cabeça tende á deflexão, a orelha está situada na parte direita da bacia.

A colher devendo sempre estar em contacto com ella, é pois collocada n'uma posição differente em cada caso e a extremidade da colher esquerda pode achar-se a esquerda do promontorio, sobre o promontorio ou a direita d'elle.

Estando collocado o primeiro ramo, e tão bem quanto possivel, retira-se a mão brandamente emquanto que a outra mantem o ramo introduzido, impedindo-o de desviar.

3.º Tempo—Introduz-se brandamente a mão esquerda, tratando-se de uma esquerda transversa e sobre esta mão resvala-se o segundo ramo. A extremidade da colher deve ser levada tão para atraz quanto possivel, até se pôr em contacto com a parede posterior da bacia.

E' então somente que se começa a abaixar um pouco o cabo d'este ramo ao mesmo tempo que, com os dedos da mão introduzida, faz-se pressão no bordo concavo da colher, trazendo-se assim pouco a pouco para deante até que ella tenha attingido pouco mais ou menos a linha media. Geralmente o ramo anterior é então muito encravado no utero, a 6 ou 8 centimetros mais que o primeiro, e isto se explica pela differença de nivel das duas orelhas; a anterior achando-se n'um plano mais elevado que a posterior.

4.° *Tempo*—Pratica-se a articulação dos ramos do forceps, aperta-se sufficientemente o parafuso de pressão, liberta-se as hastes de tracção sobre as quaes se applica o tractor.

Esta manobra ultima apresenta ás vezes uma certa difficuldade, porquanto em algumas mulheres os ramos de tracção são introduzidos na vagina, sua extremidade estando situada muitas vezes no nivel da vulva. Basta porem, algum habito no manejo do forceps de Tarnier para resolver facilmente estas difficuldades.

5.° *Tempo*—Antes de começar as tracções devemos nos certificar pelo toque de que a cabeça está bem apanhada, e só então faz-se tracções, deixando-nos guiar pelos ramos do forceps, a quem a bacia orienta. Vemos então os cabos do forceps se inclinar pouco a pouco para traz até que a bossa parietal anterior tenha transposto o estreito superior.

As tracções devem apenas ser exercidas com uma das mãos; é preciso de quando em vez tocar com os dedos da outra mão para nos assegurarmos dos progressos da cabeça; sobretudo quando o forceps vae

sahindo das partes genitaes, importa nos certificarmos de que a cabeça accompanha a sua progressão e que não ha ameaça do forceps desprender-se.

Em certos casos, quando a flexão da cabeça é pequena e que se é obrigado a fazer a prehensão pelas duas orelhas, quasi perpendicularmente á base do craneo, pode-se temer o desprendimento do forceps por causa da irregularidade d'esta applicação; devemos então nos contentar de encravar um pouco a cabeça, flexional-a depois, e desarticular o instrumento para então fazer uma applicação mais regular.

Vejamos agora, embora muito rapidamente, as vantagens e inconvenientes de cada um destes methodos. A applicação directa do forceps em relação á bacia é facil de executar, porem dá uma prehensão má, que facilita o desprendimento do forceps; alem d'isso, as pressões exercidas sobre os diametros antero-posteriores da cabeça tendem á augmentar os seus diametros transversos em relação com o diametro estreitado da bacia.

A applicação segundo um dos diametros obliquos é de uma execução mais difficil, dá tambem uma prehensão irregular e portanto é má sobre o ponto de vista das tracções.

A applicação directa em relação á cabeça dá uma prehensão solida, mas é preciso uma certa pratica para executal-a bem.

Farabeuf e Varnier fizeram salientar os perigos e inconvenientes d'esta applicação nos estreitamentos da bacia; principalmente em consequencia da attitude que se dá ao forceps: um dos ramos está em relação

com a parte anterior da bacia e o outro com a parte posterior. A presença d'este ramo na parte posterior da excavação altera até um certo ponto o encravamento e a descida da cabeça.

APPLICAÇÃO DO FORCEPS SOBRE A FACE—Na apresentação da face é necessario que o mento seja trazido para debaixo da symphise pubiana e demais, é preciso que se faça tanto quanto possivel uma prehensão que augmente a deflexão. Emfim quando o mento, ponto de reparo, estiver orientado obliquamente ou directamente para traz, devemos procurar transformar esta posição posterior em transversa. Como regra geral, devemos observar que o meridiano sagittal passa pelo mento, e que, por consequencia, o forceps deve ser applicado segundo um plano da bacia perpendicular ao que occupa o plano sagittal.

Applicação do forceps sobre a face no estreito inferior em mento pubiana—Os dois ramos do forceps devem ser collocados segundo o plano diametral transverso: uma colher directamente a esquerda, outra directamente á direita, como na posição occipito-pubiana. Introduz-se primeiramente a mão direita e sobre ella a colher esquerda; o ramo direito é em seguida introduzido e depois articulado como o primeiro. O desprendimento se faz com no parto expontaneo.

Quanto as applicações do forceps nas posições obliquas, as regrås são absolutamente as mesmas sob o ponto de vista da introducção da mão, da escolha, da introducção e collocação das colheres, que na apresentação do vertice; basta substituirmos mentalmente o occiput pelo mento; todavia devido a situação

que occupam as colheres do forceps sobre a face, a prehensão é menos solida. Este inconveniente é pequeno se uma prehensão assim feita completou a deflexão da cabeça; faz-se uma segunda prehensão mais regular que permittirá a extracção do feto.

Quanto ao prognostico das applicações do forceps, ja tivemos occasião de tratar quando falamos a respeito dos estreitamentos da bacia.

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I—As fontanellas se encontram no ponto de convergencia ou de cruzamento das suturas. São em numero de duas as principaes: 1.º fontanella anterior, ou grande fontanella, de quatro suturas ou bregmatica. E' o angulo anterior que fornece uma indicação precisa para o toque d'esta região.

II—2.º A fontanella posterior, pequena fontanella lambdoide, occupa o ponto de cruzamento das suturas sagittal e lambdoide.

III—Temos ainda as fontanellas lateraes: astericas, de Gasser, mastoideanas; as fontanellas ptericas e alguns auctores citam ainda a fontanella de Gerdy ou obelica e a glabelar todas de importancia muito menor.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I—A vagina é um canal musculo membranoso que se estende da vulva ao utero sobre o qual se insere solidamente.

II—Esta inserção dá lugar aos *cul-de-sacs* vaginaes em numero de quatro, um anterior, um posterior e dois lateraes.

III—A extremidade externa da vagina é fechada pelo hymen, que pela copula se reduz a retalhos chamados *carunculas hymeniaes*, que o parto transforma em tuberculos esparsos no contorno do orificio vaginal, representando as carunculas myrtiformes.

HISTOLOGIA

I—O ovo chegado á um certo desenvolvimento, possue dois envoltorios proprios: o *amnios* e o *chorion*.

II—O *amnios* é o mais interno d'elles, e acha-se em contacto com o liquido amniotico, em que o feto está immerso.

J.

III—O *chorion*, que fica entre o amnios e a caduca, é formado pela membrana vitellina, a folha externa do blastoderma e elementos da allantoide.

BACTERIOLOGIA

I — Os germens saprophytas da vagina, suppostos inoffensivos, podem se tornar nocivos.

II — Para isto basta que, um germen outro exterior, embora pouco activo, venha se associar a elles.

III—O toque vaginal e mesmo as injecções, quando não precedidos dos cuidados de asepsia necessaria são muitas vezes a causa d'estas associações.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I—Os fibromas são tumores que se assestam frequentemente no utero, chegando a adquirir muitas vezes o tamanho de uma cabeça de adulto.

II— Elles representam a neoplasia conjunctiva no seu estado de desenvolvimento o mais completo.

III—Geralmente originam-se no tecido muscular do utero, difficultando assim algumas vezes, o diagnostico de uma gravidez incipiente.

PHYSIOLOGIA

I—A contractilidade é a propriedade mais importante do utero gravido: é devido a ella que o utero pode evacuar seu conteudo no momento do parto.

II—O utero se contrahe durante todo o tempo da prenhez, e estas contracções são indispensaveis para assegurar a circulação do orgão, mas é sobretudo durante o trabalho que ellas adquirem maior intensidade.

III—Ellas são intermittentes, involuntarias, durante o trabalho tornam-se alem d'esses dolorosas.

THERAPEUTICA

I—Um certo numero de substancias absorvidas pela mãe, penetram no leite.

II—Esta passagem é utilizada para introduzirmos na economia da creança, diversos medicamentos.

III—O iodureto de potassio e o mercurio são administrados por esta forma e é raro que elles possam determinar a apparição de accidentes na creança.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I—O aborto criminoso, mesmo quando o exame é feito nos dias que se seguem ao aborto, é muito difficil ou mesmo impossivel de affirmar no vivo.

II—No cadaver porem, o exame do utero permitte reconhecer n'um aborto recente, a hypertrophia da superficie interna do corpo uterino e signaes do descollamento da caduca e inserção placentaria.

III—As dimenções do utero têm um valor muito seccundario, porquanto o augmento de volume pode estar ligado á alterações pathologicas.

HYGIENE

I—A mulher gravida deve observar as regras da hygiene com mais rigor do que se estivesse fora deste estado.

II—A lavagem das partes genitaes com uma solução antiseptica, é de grande valor para as gestantes, pelo menos uma vez por dia.

III—Esta precaução, que deve fazer parte do asseio feminino, é de nccessidade durante a gravidez, devido as secrecções mais abundantes, que têm lugar, neste periodo, na zona genital.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I—A dilatação varicosa das veias é frequentemente observada nas gestantes.

II—Ella se assesta principalmente nos membros inferiores e nos orgãos genitaes externos.

III—E' determinada no inicio da gravidez pelas novas condicções da circulação materna.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I— A ovariectomia consiste na extirpação dos ovarios

II—E' um dos meios seguidos no tratamento dos kistos ovarianos.

III—Sua primeira phase é a laparotomia.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I—A embryotomia é a operação que tem por fim a reducção de volume do producto da concepção, mutilando-o.

II—Pode ser *cephalica*, quando somente a cabeça soffre a diminuição de volume, ou rachidiana—quando o feto é completamente mutilado.

III—Na embryotomia cephalica as operações seguidas são: a *craneotomia*, a *craneoclasia*, a *basiotripsia* e a *cephalotripsia*, hoje não mais empregada.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I—A raspagem uterina pode ser digital e instrumental.

II—Na raspagem instrumental são empregadas as curetas, algumas das quaes servem ao mesmo tempo de cannulas de irrigação.

III—O aborto constitue quasi sempre uma indicação para esta operação.

PATHOLOGIA MEDICA

I—E' notavel a influencia que a tuberculose exerce sobre o estado gravidico das mulheres e vice-versa.

II—Uma das causas de morte subita durante o trabalho, são as hemoptyses abundantes em consequencia do estado congestivo do pulmão por effeito da gravidez.

III—O aborto e o parto prematuro são frequentemente observados nas gestantes tisicas.

CLINICA PROPEDEUTICA

I—O toque vaginal é um dos meios de exploração mais importantes no diagnostico de uma prenhez.

II—Combinado á apalpação abdominal constitue o methodo mixto.

III—Requer grandes cuidados de antisepsia para sua execução innocua.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I—A constipação com meteorismo pode até certo ponto simular uma prenhez: o Dr. Britto citava um caso de sua clinica em que a pseudo-parturiente estava plenamente convencida da existencia de uma gravidez.

II—Os symptomas ligados a este estado faltavam absolutamente, ao passo que o tympanismo exagerado, a falta de dejecção, etc, tudo lhe annunciava que se tratava de uma constipação.

III—Applicado um purgativo o Dr. Britto viu confirmado o seu diagnostico pelo desapparecimento de todos os phenomenos, conjunctamente com a doce illusão da mulher e do esposo.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I—As perturbações funccionaes dos orgãos genitaes na chlorose são constantes.

II—A amenorrhéa e a dysmenorrhéa são habituaes; a leucorrhéa é muito frequente e o sangue menstrual é seroso e descorado.

III—A chlorose não é um obstaculo á fecundação; a prenhez tem mesmo algumas vezes uma influencia benefica.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I—O centeio esporado é o *mycelium* de um cogumelo—*claviceps purpurea*, que se desenvolve nas espigas do centeio.

II—E' um pequeno corpo alongado, de 1 á 5 centimetros e de 2 á 5 millimetros de largura, ligeiramente cylindrico, de odor forte e sabor nauseoso.

III—A ergotina é o seu principio activo mais importante.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I — As injecções são a forma pharmaceutica mais empregada no tratamento das affecções vaginaes e uterinas.

II — Ellas se fazem por meio de irrigadores de vidro ou de ferro esmaltado.

III — Sua composição é variada, tendo quasi sempre por base substancias antisepticas.

CHIMICA MEDICA

I — O leite da mulher é composto de: agua, elementos solidos, substancias dissolvidas e gazes livres.

II — Contem 74 á 75 grammas de assucar de leite ou lactose e 12 á 14 grammas de materias proteicas ou albuminoides.

III — Alem d'estas substancias, que são as principaes ahi dissolvidas, eucontram-se ainda em dissolução materias inorganicas em proporção variavel.

OBSTETRICIA

I — A prenhez *molar* exerce uma acção funesta sobre a saude da mulher, comprommettendo gravemente sua vida.

II — A permanencia da *mola* no utero pode communicar-lhe caracteres de malignidade.

III — A *mola* merece então o nome de *deciduoma maligno*.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I — A palpação abdominal é um dos processos empregados para diagnosticar uma prenhez.

II — Combinada ao toque vaginal constitue o methodo mixto.

III — Este methodo permitte apreciar o signal de Hégar, de grande valor no diagnostico de uma gravidez incipiente.

CLINICA PEDIATRICA

I — Os globulos vermelhos do sangue do recemnascido são mais desiguaes do que os do adulto e em maior numero.

II — Os globulos brancos são menores, embora tambem mais numerosos.

III — Os hematoblastas são eguaes, sendo porem, menos numerosos.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I — A retinite pigmentar congenita è uma degenerescencia cirrhotica da retina.

II — Ella é caracterisada pela formação de placas pigmentares ligadas entre si como cellulas osseas, pela sclerose dos vasos retinianos e finalmente pela atrophia da papilla.

III — A etiologia é mal conhecida. De Græffe quer ligal-a á herança e Liebreicht á consaguinidade.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I—O aborto e o parto prematuro são muito frequentes nas mulheres syphiliticas.

II—Os perigos são tanto mais a temer quanto mais recente for a syphilis dos progenitores.

III—Os riscos de uma expulsão prematura são tanto menores, quanto mais afastada da concepção for contrahida a syphilis.

CLINICA PSYCHIATRICA E MOLESTIAS NERVOSAS

I—A' hysteria são associadas perturbações trophicas numerosas e variadas.

II—Algumas observações de *seio hysterico* têm mostrado o intumescimento doloroso do seio com secreção lactea.

III — Chipault verificou um caso de hemorrhagia hysterica do seio e chegou mesmo a reunir varias observações semelhantes.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia
31 de Outubro de 1909.

O Secretario

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES.